

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 2

LA
PÉRICHONDRITE LARYNGÉE
SYPHILITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean TARDIU

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à PERPIGNAN (Pyrénées Orientales), le 5 Avril 1901



LYON

Imprimerie BOSG Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

LA PÉRICHONDRITE LARYNGÉE
SYPHILITIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 2

LA
PÉRICHONDRITE LARYNGÉE
SYPHILITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean TARDIU

Eleve à l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à PERPIGNAN (Pyrénées Orientales), le 5 Avril 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	X.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	X.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE-MARTIN
Pharmacie,	COURMONT (P.)
	PIC
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.
GARIN	CORDIER (V.)	SANTY
FROMENT	ROUBIER	DUNET
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL
ROCHAIX	MAZEL	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. LANNOIS, *président* ; ROUBIER, *assesseur*

FAVRE et CHALIER Joseph, *agregés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MES CHERS DISPARUS

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

Ravis trop tôt à mon affection.
Pieux souvenir.

A MES GRANDS-PARENTS MATERNELS

Qu'ils trouvent ici l'expression de
ma reconnaissance infinie.

A MA MÈRE

En témoignage de la tendre affection dont elle nous a toujours entouré.

A MON PÈRE

L'exemple de sa vie sera le meilleur guide de ma carrière.

A MA SŒUR

En témoignage de fraternelle affection.

MEIS ET AMICIS

A M. LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE BERTEIN,

*Professeur agrégé du Val-de-Grâce,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, pour laquelle il n'a ménagé ni son temps, ni ses conseils précieux. Nous le prions d'accepter ici l'assurance de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR LANNOIS,

*Professeur de la Clinique oto-rhino-laryngologique
de la Faculté de Médecine de Lyon,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.*

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui demandons de croire à notre gratitude.

A M. LE DOCTEUR MILHAUD,

*Chef du Laboratoire d'Hydrologie
de la Faculté de Médecine de Lyon.*

Nous le remercions ici de l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé dans son laboratoire.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAITRES

DE L'ECOLE ANNEXE DE MÉDECINE DE TOULON,

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON,

DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA PÉRICHONDRITE LARYNGÉE SYPHILITIQUE

CHAPITRE PREMIER

Introduction. — Historique

La syphilis du larynx, aujourd'hui surtout qu'un diagnostic précoce est suivi d'un traitement spécifique actif, reste habituellement une syphilis muqueuse, respectant l'intégrité du squelette fibro-cartilagineux. Il arrive encore cependant, mais ces cas sont aujourd'hui l'exception, que les lésions muqueuses se propagent en profondeur et, par l'intermédiaire du périchondre, compromettent la nutrition du cartilage. On dit alors qu'il y a périchondrite interne; la syphilis ainsi compliquée demeure toutefois une syphilis endo-laryngée. Plus rarement, l'infection poursuit son évolution de la couche sous-muqueuse vers l'extérieur et, au travers des pièces squelettiques altérées, atteint le périchondre qui tapisse celles-ci au dehors. La périchondrite est alors externe et menace le tissu cellulaire péri-laryngé.

C'est en vain que l'on cherche mention de la péri-chondrite dans les travaux anciens sur la syphilis laryngée. Celle-ci ne devait, au reste, émerger du groupe confus des laryngites chroniques qu'à la période contemporaine et ce sont les syphiligraphes, à l'exclusion des laryngologistes, qui eurent le mérite de la bien décrire.

C'est Mauriac, en 1876, qui appelle l'attention sur des faits sans doute, dit-il, déjà observés, mais qu'il est le premier à mettre en relief. Il publie une longue observation, dont on trouvera plus loin le résumé, de ce qu'il appelle le « phlegmon laryngien syphilitique ».

On trouve la complication signalée dans le traité de la syphilis de Fournier avec une observation à l'appui ; dans celui de Jullien qui signale brièvement deux cas de Parrot et Roger ; un de Frankel, un autre de Jürgens. Tissier l'étudie dans un article des *Annales des Maladies de l'Oreille*, de 1889. On la trouve décrite dans les livres de Moure, Garel, de M. Mackenzie ; Dupont, en 1882, en rapporte deux cas. Plus tard, Revol (1905), dans sa thèse classique sur la syphilis laryngée, écrit un court chapitre sur la péri-chondrite avec trois observations.

Le premier travail d'ensemble consacré exclusivement aux péri-chondrites laryngées syphilitiques est celui d'Ayguebère (1909) qui rassemble dix observations antérieures et une inédite de Bauby et Laval.

En 1922, Heyninx publie un cas de chondro-péri-chondrite syphilitique tertiaire du larynx qu'on trouvera relaté plus loin. Richard, en 1923, rapporte un

cas de syphilome diffus périlaryngé et laryngé. La plus récente mention de la complication se trouve dans un article de Texier du traité d'oto-rhino-laryngologie en cours de publication.

Nous consignerons personnellement les observations antérieures dont certaines ont pu échapper à Ayguebère en y ajoutant deux faits nouveaux. Nous tenterons de préciser l'anatomie pathologique de la complication qui n'a que peu, jusqu'ici, intéressé les auteurs ; nous verrons comment, au cours d'une syphilis laryngée évolutive, la périchondrite apparaît ; nous en étudierons les manifestations cliniques et terminerons par l'étude du pronostic et du traitement de la complication.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I (Inédite)

(M. le Professeur agrégé BERTEIN.)

Le sujet a été présenté à la Société de Médecine et des Sciences médicales de Lyon, du 16 juin 1926.

Esposito, jeune soldat, 20 ans. Souffre depuis l'enfance de troubles laryngés et dysphagiques. Ses parents sont en bonne santé ; une sœur souffre chroniquement des yeux ; une autre est bien portante ; lui-même est venu au monde normalement. Il n'a présenté ni retard de la marche, ni retard de la parole. C'est vers l'âge de 12 ans qu'apparurent les accidents dont nous observons aujourd'hui les séquelles. A cette époque, le cou se tuméfia, en même temps que le sujet éprouvait quelque gêne pour avaler ; sa respiration, nous dit sa mère, était bruyante et parfois des accès de suffocation survenaient. Un médecin diagnostiqua alors une adénite scrofuleuse, rapporta les troubles respiratoires et dysphagiques aux adénites et aux amygdales, qui furent ré-séquées. Un traitement général (héliothérapie, bains marins) fut aussi conseillé.

Ce n'est qu'à 15 ans qu'un accident significatif révéla la nature de l'affection. Une perforation palatine apparut brusquement. Un traitement spécifique par injections intraveineuses en amena la fermeture rapide, demeurant par contre sans action sur les accidents anciens. Du reste, l'adénite cervicale avait peu à peu rétrocedé, en même temps que le sujet éprouvait quelque difficulté à mouvoir le cou ; la gêne périlaryngée persistait.

Examiné à présent, on se trouve devant un sujet de petite taille, d'aspect débile, au teint pâle, grisâtre, au front bombé au-dessus d'un nez à base enfoncée,

VOÛTE PALATINE. — Atrophie complète de la muqueuse pituitaire, avec croûtes. Enorme perforation de la cloison, empiétant sur les trois segments ostéo-cartilagineux.

Cou. — Le sujet tient de préférence la tête légèrement fléchie. Il peut la placer en attitude normale, mais est incapable de l'étendre ; si on essaie de provoquer le mouvement, l'on n'y parvient pas.

Il y a là, au niveau de l'hyoïde, où s'articulent pour ainsi dire les régions sus et sous-hyoïdiennes, un obstacle invincible qu'on ne peut forcer. Cet obstacle est constitué d'abord par l'engainement du larynx dans une sorte de gangue fibreuse, qui diminue la mobilité de l'organe dans le sens latéral et vertical. D'autre part, la transformation fibreuse des muscles sous-hyoïdiens, et nous verrons qu'il en est de même des muscles sus-hyoïdiens, leur a fait perdre leur élasticité.

C'est surtout, de part et d'autre de l'hyoïde que leur altération est appréciable au palper, quand on étend la tête. C'est là que le sujet situe l'obstacle au mouvement. En même temps qu'on essaie de provoquer l'extension, on voit se tendre les muscles pré-laryngés. L'omo-hyoïdien, notamment, apparaît mince et saillant comme une corde, d'autant mieux que le sterno-cleïdo-mastoïdien est réduit à un frêle faisceau sternal.

La palpation du larynx en marque mal les limites. Les contours, notamment du cartilage thyroïde, sont imprécis. Au-dessus et au-dessous, ne se perçoivent plus les espaces membraneux dépressibles. Ils sont ici indurés. La palpation entre deux doigts est douloureuse et révèle des rugosités à la surface des ailes du corps thyroïdien comme calcifiées. La radiographie montre celles-ci encombrées d'amas calcaires. Ceux-ci, très apparents, sont développés en arrière, à la hauteur de la glotte. La laryngoscopie est rendue difficile par l'impossibilité de tirer la langue au dehors. La glotte est oblique, peu mobile, offrant l'aspect de la paralysie récurrentielle gauche. De ce côté, la corde est immobile ; l'aryténoïde est tuméfié. Au point de vue fonctionnel, on note de la dysphonie (voix aiguë), de la dyspnée d'effort et un peu de gêne mécanique de la déglutition ; celle-ci ne peut s'effectuer que la tête fléchie.

LANGUE. — Nous avons déjà noté que sa traction hors de la cavité buccale était impossible. Les muscles de la racine linguale, en effet, insérés à l'hyoïde, participent au même processus de sclérose que celui noté dans la région sous-hyoïdienne. La palpation, dans le sens latéral, de la région sus-hyoïdienne la montre fibreuse et le palper est douloureux. Le segment libre de la langue apparaît atrophique dans sa moitié droite. Le raphé médian est attiré vers son extrémité de ce côté et la surface de la langue est, sur le bord, un peu irrégulière, mamelonnée. On ne note pas, cependant, au palper, une consistance plus dure que du côté opposé et on n'a l'impression que d'une sclérose discrète apparue au sein de l'organe, impuissante à elle seule à amener l'hémi-rétraction très apparente. Il faut sans doute expliquer celle-ci surtout par un trouble trophique en rapport avec la compression de l'hypoglosse par le tissu fibreux développé dans la région sus-hyoïdienne.

La réaction de Wassermann est négative.

OBSERVATION II (Inédite)

(M. le Professeur agrégé BERTEIN.)

R... Albert, 30 ans, soldat d'infanterie coloniale. A contracté la syphilis en 1916 et a subi pendant deux ans un traitement assez régulier. Vu le 10 novembre 1922. Il y a un mois, il a commencé à éprouver quelque gêne pour avaler. Depuis plus longtemps, sa voix est enrouée, mais il n'y prête pas attention ; sa respiration est devenue aussi plus difficile. L'état général est excellent. On est frappé du volume de la région médiane du cou, où proémine un large larynx formant au palper une masse grosse, dure, que l'on mobilise dans le sens transversal et qui remonte normalement dans la déglutition. Elle paraît à peu près symétrique. On sent cependant le larynx plus saillant dans son segment thyroïdien droit. Aucun point ramolli ; aucune douleur au palper. L'exploration ganglionnaire est négative.

Laryngoscopie. — Œdème sus-glottique peu accusé en avant, mais assez marqué au niveau des aryténoïdes, pour ne permettre d'apercevoir que la pointe toute antérieure de la glotte. Cela est insuffisant pour attester son intégrité. Le sujet ne tousse pas ; il est seulement enroué. Au repos, il n'existe pas de dyspnée ; mais elle apparaît rapidement dans l'effort. Repos au lit ; révulsion pré-laryngée. Injections intra-veineuses d'un centigramme de cyanure de mercure.

Le 20 janvier, le sujet, qui insiste surtout sur sa gêne de la déglutition, se sent gêné davantage. Le larynx n'a pas diminué de volume ; on a plutôt l'impression contraire, d'autant qu'en haut de la région carotidienne gauche est apparue une grosse masse ganglionnaire dure, faisant corps avec la tuméfaction médiane qui est devenue moins mobile. Au reste, la peau offre un aspect œdémateux. Les ganglions sont douloureux.

Assez rapidement, et dès le 22 janvier, une nouvelle tuméfaction ganglionnaire apparaît au côté droit du cou, symétrique, inflammatoire. Toute la masse forme un ensemble où les limites laryngées se dessinent mal. Dans le sens trans-

versal, elle est entièrement fixée. Au miroir, l'œdème apparaît sans changement ; pas de dyspnée.

Traitement d'attente, en l'absence de tout trouble respiratoire inquiétant et de toute localisation du processus inflammatoire diffus. Pansements humides ; inhalations. Une série nouvelle d'injections mercurielles entreprise depuis peu est interrompue. Le 25 janvier, l'infiltration pré-laryngée a augmenté et noie les replis cartilagineux. La carapace inflammatoire descend jusqu'à deux travers de doigt de la fourchette sternale. Au côté gauche, à hauteur de l'aile thyroïdienne, zone rouge, où se perçoit la fluctuation. Sous un jet de chlorure d'éthyle, on incise et on fait sortir dix grammes environ d'un pus crémeux, un peu granuleux, sans odeur, dans lequel l'examen bactériologique ne révèle pas de microbes. L'exploration au stylet dénote un point de départ cartilagineux à l'arrière de l'aile thyroïdienne.

Le gonflement rétrocede rapidement.

Le 14 février : la région laryngée a repris l'aspect qu'elle avait à l'entrée : larynx gros, dur, mobile. Il persiste un petit ganglion sous-maxillaire gauche non douloureux, bien isolé du tube aéro-digestif. Le sujet ne se plaint de rien. Enrouement. L'œdème persiste au niveau des aryténoïdes, surtout à gauche. Ce que l'on voit des cordes est sain. On reprend les injections de cyanure. La plaie opératoire n'est pas encore fermée. Ecoulement clair, peu abondant.

Revu le 28 mars. On applique une pointe de feu sur l'aryténoïde gauche, qui reste tuméfié ; suintement insignifiant par la fistule, qui est complètement fermée au retour d'une convalescence. Cicatrice adhérente au cartilage. Le larynx a repris alors ses dimensions extérieures normales. Immobilité de l'hémilarynx gauche par ankylose crico-aryténoïdienne.

L'aryténoïde gauche est toujours un peu gros. La glotte bien dégagée ne montre pas de lésions. Excellent état général..

OBSERVATION III

Un cas grave de chondro-périchondrite syphilitique tertiaire, compliquée d'un phlegmon profond du cou.

(HEYNINX, *Annales d'O. R. L.*, 1922.)

Homme de 47 ans, souffrant d'une violente dysphagie qui durait depuis cinq jours. A l'examen, on constatait que le mésopharynx et que le voile du palais n'étaient qu'un cloaque muco-purulent, d'où émergeait une épiglote rouge et ulcérée du côté gauche. Le toucher externe du larynx donnait la sensation d'une périchondrite thyroïdienne. Wassermann positif : injection intraveineuse de néosalvarsan.

Trois jours après, la température s'éleva brusquement, avec apparition d'un phlegmon inféro-antérieur gauche du cou, et avec une dyspnée très menaçante. Il fallut opérer d'urgence sous anesthésie locale : 1° Pour faire une trachéotomie intercrico-thyroïdienne ; 2° Pour ouvrir et pour drainer le phlegmon cervical profond qui avait envahi la gaine des vaisseaux.

OBSERVATION IV

Siphilome diffus périlaryngé et laryngé à forme de phlegmon périlaryngé

(RICHARD (Paris), *Annales d'O. R. L.*, 1923.)

Un homme de 40 ans, soigné depuis quatre jours pour amygdalite cryptique, est pris brusquement d'accidents de suffocation assez graves pour nécessiter une trachéotomie d'urgence.

A l'examen, on constate tous les signes d'un phlegmon périlaryngé gauche. Température : 38°5. Œdème rouge et douloureux du repli aryténo-épiglottique et du sinus piriforme gauche. Grosse adénite de l'angle de la mâchoire ; l'orifice glottique est punctiforme. On fait au galvano, en divers points de l'œdème, des ponctions profondes, sans ramener de pus.

On interroge le malade, qui déclare une syphilis ancienne de dix ans.

Un traitement combiné de biiodure et de salvarsan est institué.

Vingt jours après, on pouvait le décanuler.

Deux mois plus tard, son larynx était redevenu normal.

OBSERVATION V

(LENNOX-BROWNE, *Londres*, 1891)

J. S..., 39 ans, laboureur, entra à l'hôpital le 15 novembre 1886. Il avait contracté la syphilis dix-neuf ans auparavant, et avait toujours souffert plus ou moins de maux de gorge. Il y a deux mois, il s'est aperçu d'une grosseur au niveau de la pomme d'Adam. Elle n'était pas douloureuse et ne gênait pas la déglutition ; la respiration était courte et la voix enrouée. Au palper, on constatait l'existence d'une tuméfaction bilobaire, semi-élastique, grosse comme un œuf de poule, en avant et un peu à gauche du larynx, un peu plus bas que la bourse synoviale sous-hyoïdienne et plus haut que la glande thyroïde. On porta le diagnostic de gomme, surtout en raison d'une surface ulcérée arrondie, de la dimension d'une pièce de vingt sous et d'une profondeur d'un centimètre, située à la partie supérieure de la tumeur.

A l'examen laryngoscopique, on constatait un gonflement considérable du cartilage aryénoïde gauche, et du repli ary-épiglottique du même côté, et la corde vocale était immobilisée. Pour compléter l'histoire, disons que l'on dut au bout de quelques jours, ouvrir la gomme pré-laryngée ; l'ulcération guérit et l'état général du larynx s'amenda considérablement après une douzaine de frictions mercurielles sur les membres et le tronc. Une gomme se montra plus tard sur le voile du palais au-dessous de l'amygdale droite ; elle suppura et on dû l'ouvrir ; il y eut en même temps de l'amygdalite aiguë de chaque côté. Enfin, le malade guérit ;

la lésion extra et intra-laryngée diminuait beaucoup, mais la corde vocale demeura immobile; jamais il n'avait pu prendre d'iodure sous quelle forme que ce fût,

OBSERVATION VI

(LENNOX-BROWNE, *Londres*, 1891)

J.-H. D..., âgé de 28 ans, ingénieur, entra à l'hôpital le 4 juin 1885; il y avait à peine quinze jours qu'il était en convalescence d'une fièvre typhoïde, qui l'avait tenu très longtemps au lit. Depuis ce moment, il éprouvait de la difficulté à respirer, au point qu'il avait de fréquents accès de suffocation accompagnés de toux et d'expectoration, mais sans douleur. Au laryngoscope, on voyait une petite érosion, située au niveau de l'angle gauche de l'épiglotte, et de l'œdème généralisé à tout le larynx, produisant une sténose très marquée. Quoiqu'il ne l'avouât pas, je soupçonnais chez lui une syphilis plus ou moins ancienne, car on trouvait sur la face dorsale du pénis une cicatrice indurée, et, dans l'aîne, de chaque côté, un chapelet ganglionnaire; la voix avait un timbre aigu; la respiration était bruyante et striduleuse à l'inspiration; il n'entraînait que peu d'air dans les poumons, lesquels, d'ailleurs, étaient parfaitement sains; il avait des sueurs nocturnes profuses.

Je lui prescrivis de fortes doses d'iodure de potassium. Mais le malade mourut trente-six heures après son admission au moment où on allait pratiquer la trachéotomie.

À l'autopsie, on trouva un peu de muco-pus dans les grosses bronches; pas de tubercules.

En examinant le larynx on constatait que la membrane muqueuse était ramollie et plissée; on voyait sourdre du pus à travers un petit orifice fistuleux derrière le point de rencontre des cartilages cricoïde et thyroïde, un peu à gauche de la ligne médiane, et en avant de l'œsophage. En faisant une coupe du larynx, d'arrière en avant, sur la ligne médiane, on tombait dans une cavité irrégulière qui s'étendait latéralement de chaque côté; cette cavité était remplie de

pus, et s'était creusée entre le périchondre d'une part, et, d'autre part, la face postérieure du cricoïde, laquelle était rugueuse et nécrosée.

OBSERVATION VII

(MAURIAC, *Phlegmon périlaryngien*, 1876)

Le malade qui fût atteint de phlegmon périlaryngien à la suite d'une laryngopathie tertiaire, et à la quatrième année exactement révolue de la syphilis, était alors âgé de 25 ans. Jamais malade jusqu'au moment où il lui survint un chancre du fourreau. De fréquentes atteintes de laryngopathie s'étaient produites, malgré le traitement spécifique, avant que les lésions laryngées, devenues de plus en plus graves, aboutissent à la complication phlegmoneuse péri-laryngienne. Les accidents du côté du larynx qui existaient depuis déjà plusieurs mois s'élevèrent vers le milieu de juin 1875 à un tel degré d'intensité qu'ils tirèrent le malade de son insouciance habituelle. Il commença par éprouver de la gêne dans les mouvements de la langue, ainsi que de la douleur au contact des aliments; la déglutition devint pénible; une sensibilité anormale se produisit dans les mouvements du larynx; enfin les troubles de la phonation s'accusèrent par une raucité, une éraillure, une dysphonie, un étouffement du timbre de la voix, plus désagréables et plus prononcés qu'ils ne l'avaient été jusqu'alors. En même temps le passage de l'air à travers le larynx semblait moins libre.

La voix était rauque, déchirée, presque éteinte. En outre, phénomène beaucoup plus important au point de vue du pronostic, le passage de l'air à travers la glotte était un peu strident, ce qui indiquait bien un certain degré de rétrécissement organique produit par l'altération des cordes vocales. La déglutition était difficile et il existait une douleur extrêmement vive sur le côté gauche du pharynx, entre le larynx et le sterno-cleido mastoïdien. Cette douleur était spontanée et accrue par la pression. Dix-neuf jours après, la respiration était devenue fort gênée.

C'est qu'une nouvelle complication s'était produite. Le cou, au niveau du larynx, principalement à droite, avait grossi; il s'était formé dans toute la région pré-laryngienne un épanchement de matière plastique qui englobait et immobilisait l'organe. Il en résultait une tumeur très dure, à peu près indolente, dans laquelle on ne sentait aucune fluctuation et qui présentait cette particularité d'avoir débuté sourdement et de n'augmenter que peu à peu chaque jour et avec une lenteur remarquable. Aussi, quoiqu'elle offrit quelques-uns des caractères du phlegmon, j'écartais l'idée de l'attaquer à ce moment-là avec l'instrument tranchant.

Sauf son accroissement progressif, aucun incident ne signala son processus pendant les huit ou dix premiers jours de sa durée. J'espérais que l'iodure de potassium en ferait justice. Mais il n'en fût rien. C'est vers le 11 août que des signes bien nets d'inflammation phlegmonneuse commencèrent à se montrer. Le 13 (seizième jour de la tuméfaction), ils étaient très accusés. L'empatement périlaryngien avait presque doublé le volume du cou; la peau qui le recouvrait était rouge, tendue, luisante, épaissie. Le tissu cellulaire sous-cutané présentait une infiltration diffuse d'une matière plastique ou purulente, dans laquelle le pus n'était pas encore collecté en foyer. La toux, qui avait été, dès le début de la laryngopathie, fréquente, pénible, déchirée et quelquefois spasmodique, s'était calmée depuis trois ou quatre jours; mais la gêne de la respiration devenait plus considérable et l'asphyxie était imminente. Fièvre, céphalalgie, faiblesse générale. La tuméfaction mesurait de haut en bas huit centimètres et d'un côté à l'autre douze centimètres.

Le 15 août (dix-huitième jour), un abcès comme furoncleux ou anthracôïde s'était formé au-devant du larynx. Je l'ouvris et il en sortit une quantité considérable de pus. Un soulagement considérable et immédiat fut la conséquence de l'évacuation du pus.

Loin de se fermer au bout de quelques jours, l'ouverture de cet abcès resta fistuleuse comme celle des abcès chroniques et ossifluents. Elle mit plus d'un mois à se cicatriser. J'en ai conclu que le squelette cartilagineux du larynx avait probablement été atteint par l'action syphilitique; qu'une

portion plus ou moins étendue avait d'abord été ossifiée, puis, peut-être, cariée ou nécrosée, ou bien que le périchondre seul avait été atteint.

OBSERVATION VIII

(Périchondrite thyroïdienne. Infiltration sous-glottique)

(REVOL, 1905)

Lucien B..., 47 ans. Vient de V... le 2 juin 1903 pour consulter sur une affection laryngée remontant à deux mois. Il a remarqué que son cou a légèrement grossi, il a la voix enrouée, et il est un peu gêné pour respirer. Il ne tousse pas; il s'enrhume pourtant assez facilement en hiver et expectore des crachats muco-purulents; il n'a jamais eu d'hémoptysies. Au point de vue vénérien, il a eu un échauffement, mais il nie formellement la syphilis. L'état général n'est pas des plus brillants. Le malade aurait perdu cinq kilogrammes. Il n'a ni sucre, ni albumine dans les urines. Notons enfin, comme dernier renseignement, que la recherche des bacilles de Koch dans les crachats faite deux fois a été deux fois négative.

En avant du cou et à gauche, sur le cartilage thyroïde, on sent une petite masse, du volume d'une petite noix, demi-molle, adhérente au cartilage, douloureuse et qui paraît due à la périchondrite.

L'examen laryngoscopique montre la corde gauche très infiltrée et très rouge avec de l'œdème des parties avoisinantes. On donne quatre grammes d'iodure de potassium. Au bout de deux jours, il faut supprimer l'iodure : le malade se plaint de souffrir; il se dit plus gêné pour parler et surtout pour respirer. On fait des injections de biiodure de mercure, la première le 8 juin. Après la seconde, on ne revoit plus le malade.

Janvier 1904 : Le malade revient avec une dyspnée assez sérieuse; le laryngoscope montre une infiltration généralisée à la presque totalité du vestibule laryngien; l'épiglotte a ses deux parties latérales recroquevillées, venant presque

au contact l'une de l'autre. La périchondrite est très marquée. On sent deux masses adhérentes au thyroïde. La radioscopie montre un peu d'obscurité du sommet gauche. Un nouvel examen des crachats est encore négatif.

12 mai 1904 : Le malade est très amélioré par des frictions mercurielles; il n'y a plus du tout de périchondrite.

OBSERVATION IX

Périchondrite cricoïdienne

(REVOL, 1905)

Hélène G..., 43 ans. Vient à la consultation le 23 mai 1905. Sa voix est enrouée depuis deux mois. Ni dyspnée, ni dysphagie. Il y a un an, petite grosseur sur le côté gauche de la face antérieure du cou, qui a grossi, est devenue très douloureuse et a fini par s'abcéder en octobre dernier.

Pas de phénomènes objectifs de spécificité, mais, au début de son mariage, deux fausses couches avec fœtus macérés; ensuite quatre autres grossesses; la malade est actuellement enceinte de sept mois.

Actuellement : fistule cutanée allongée sur le côté gauche du cou, laissant écouler un liquide séro-purulent et paraissant adhérer au cricoïde indolore.

Dans le larynx : infiltration énorme de l'aryténoïde gauche et de la bande ventriculaire du même côté qui recouvre complètement la corde correspondante. Teinte rouge vif sans ulcérations. A droite, infiltration bien plus légère.

27 mai : La malade entre dans le service et on la met aux injections de biodure.

2 juin : L'écoulement par la fistule a sensiblement diminué; le larynx n'est pas modifié.

6 juin : Toujours peu de modifications; la fistule donne moins; l'infiltration laryngée persiste; on donne de l'iodure de potassium.

OBSERVATION X (Résumé)

*Obstruction des voies respiratoires par un séquestre
du cricoïde, d'origine syphilitique.*

(BAUBY et LAVAL, Toulouse, *Médical*, 15 septembre 1908).

Mme J..., âgée de trente ans, est entrée à l'hôpital pour asphyxie menaçante. La maladie actuelle débuta en septembre 1904 sous les allures d'un rhume banal. La toux s'installa rapidement sans expectoration, la raucité fut très précoce et très intense, l'haleine fétide.

...L'affection évolue jusqu'au mois de février 1905 avec des périodes d'amélioration légère et d'aggravation plus marquée.

Dans la nuit du 25 au 26 février, il se produit des crises de toux très fréquentes et très intenses; au matin le tirage apparaît; la malade, fatiguée, est obligée de garder le lit. Dans la journée, l'aggravation a été très rapide; c'est à ce moment que nous sommes appelés et que nous pratiquons d'urgence la trachéotomie. Au cours de l'intervention, la malade, à la suite d'une secousse de toux, expulse une petite masse sanguinolente, reconnue ultérieurement pour être un séquestre détaché de la moitié supérieure gauche du châton du cricoïde.

Le 25 au matin, la canule est enlevée.

Dans la soirée du 28, la respiration n'est plus aussi libre; dans la nuit du 29 au 30, le cornage est très intense; la voix est devenue très rauque.

Le lendemain matin, les troubles persistant, un traitement mercuriel intense est aussitôt institué dans toute sa rigueur.

Le 3 avril, l'amélioration est notable; plus de tirage au repos.

Le 10, la voix est bien moins rauque; l'influence du traitement mercuriel est tellement manifeste que la nature syphilitique du mal paraît démontrée.

Quelques mois après, les mêmes symptômes d'enrouement et de légère dyspnée ayant reparu, un traitement spécifique amène à nouveau une amélioration rapide.

OBSERVATION XI (Résumé)

*Périchondrite spécifique simulant un œdème aigu du larynx
et coïncidant avec un polype laryngée*
par le Docteur J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon
(Annales des maladies des oreilles et du larynx, 1888)

Louis F..., âgé de quarante-deux ans, journalier, entre dans mon service le 7 janvier 1888.

Pas d'antécédents héréditaires. Nie toute affection vénérienne.

Le malade entre dans mon service avec une dyspnée très intense. Le cou est un peu tuméfié du côté gauche, mais le craquement normal provoqué par le déplacement latéral du larynx persiste. L'examen laryngoscopique fait constater au niveau de l'aryténoïde gauche un œdème violacé semi-transparent, considérable, avec effacement complet de la fossette pyramidale et de la fossette glosso-épiglottique.

Le 9 janvier, j'anesthésie le larynx à la cocaïne et je retire une petite tumeur. Le 10, en présence de l'empâtement du côté gauche du cou et de l'œdème qui ne cède que lentement, j'institue un traitement spécifique qui amène la sédation de tous les symptômes.

OBSERVATION XII (Résumé)

Périchondrite syphilitique du larynx à marche aiguë.
Trachéotomie. Mort.

(FOURNIER, *Traité de la syphilis*, 1906)

Sur un de mes malades, homme très vigoureux ayant pris la syphilis sur le tard, j'ai vu se produire au cinquième mois de l'infection des symptômes laryngés dont la nature et la gravité, je l'avoue, m'ont échappé tout d'abord, à savoir : certaine difficulté respiratoire, inspiration s'accompagnant d'un léger bruit, gêne obscure accusée vers la gorge, mais pas de douleur vraie et pas de sensibilité à la pression du

cou. Mais bientôt, ils s'accrurent d'une façon très rapide et plus qu'alarmante pour aboutir à une réelle dyspnée, avec tirage, respiration stridente, faciès vultueux. L'examen laryngoscopique, à ce moment, démontre, sur le côté gauche du larynx, au niveau de la région aryténoïdienne, une tumeur olivaire, du volume d'une petite noisette, soulevant et semblant distendre la muqueuse. La trachéotomie s'imposa en raison des menaces d'asphyxie imminente. Or, à notre grand étonnement, le premier coup de bistouri, et cela en l'absence de toute lésion de la peau, de tout œdème, donna issue à une petite nappe purulente provenant de la partie gauche du larynx, et l'inspection sur stylet fit découvrir là une portion de cartilage dénudé.

Le malade mourut dans les jours qui suivirent de pneumonie infectieuse.

OBSERVATION XIII

Périchondrite syphilitique

Mort par un fragment de cartilage tombé dans la glotte

(LABBÉ, *Bull. de la Société Anat.*, 2^e série, t. II)

La malade âgée de 34 ans, entrée le 21 juillet à la Charité, avait depuis deux jours la respiration très pénible, l'inspiration sifflante, et, au moment de son arrivée à l'hôpital, la suffocation était assez imminente pour qu'on se tint prêt à faire la trachéotomie.

Les accidents d'œdème de la glotte semblaient moins urgents depuis deux ou trois jours, lorsque tout à coup, dans la nuit du sixième jour qui suivit son entrée, la malade fut prise d'une suffocation si rapidement mortelle qu'on n'eut pas le temps de lui porter secours.

...Le cartilage aryténoïde droit, complètement luxé, était tombé dans la glotte et l'obstruait. L'articulation crico-aryténoïdienne, remplie de pus, s'ouvrait dans une large ulcération; les cartilages voisins étaient dénudés.

OBSERVATION XIV (Résumé)

Abcès du larynx. Périchondrite syphilitique. Mort.
(M. FAURE, *Bull. de la Société d'Anat.*, 2^e série, t. XIII)

Françoise C..., âgée de quarante-six ans, blanchisseuse, est entrée à l'hôpital Necker le 2 mai 1873 en proie à une dyspnée intense. Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires. Elle a des enfants bien portants.

L'aspect général de la malade donne l'idée d'une asphyxie lente. La malade est complètement aphone; elle articule des mots, elle ne peut produire aucun son. La pression sur le larynx, pratiquée d'avant en arrière ou latéralement, détermine une vive douleur. Il en est de même du passage des aliments.

L'existence de ganglions sous l'occiput, une alopecie marquée, nous autorisent presque à penser à la syphilis que la malade n'avoue pas.

Mort le 5 mai à 8 heures du soir.

Autopsie le 7 mai. — Larynx : Sous la muqueuse, en suivant le trajet du nerf laryngé supérieur, on arrive sur une collection purulente qui remplit le ligament aryéno-épiglottique. La cavité s'étend en avant jusqu'auprès de la base de l'épiglotte. En arrière, elle s'étale autour du cartilage aryénoïde qui est complètement disséqué par le pus jusqu'à un millimètre à peu près de sa base, puis, se coudant à angle droit, la cavité purulente sépare les muscles aryénoïdiens de la muqueuse qui les recouvre en avant. Le cartilage aryénoïde droit est dépouillé de son périchondre dans au moins les deux tiers de sa surface; en ces points, son contact est légèrement rugueux.

CHAPITRE III

Etiologie

La périchondrite laryngée syphilitique, manifestation du tertiarisme, reconnaît les mêmes causes que la syphilis laryngée en général.

Malignité particulière de l'infection contractée, influence du terrain, conditions défectueuses d'hygiène, sont, d'après Fournier, les causes les plus fréquentes de la syphilis tertiaire.

Plus intéressantes nous paraissent, en ce qui nous concerne, les influences locales. Des organes antérieurement touchés par une maladie quelconque, à capacité vitale et à résistance amoindries, constituent des sièges de prédilection pour la localisation de la syphilis tertiaire. C'est ainsi que Gerhardt trouve dans le passé de malades atteints de syphilis du larynx d'anciennes laryngites catarrhales ou chroniques.

Des causes extérieures peuvent intervenir aussi, susceptibles de favoriser l'apparition de l'affection. Il est classique de rappeler ici l'influence du tabac. A

vrai dire, celle-ci n'est pas établie sur des arguments absolument probants.

Par contre, l'action nocive du tabac sur l'évolution des accidents une fois constitués est certaine.

Nous attachons plus d'importance à l'action du froid.

Il ne paraît guère douteux que l'impression directe du froid sur la muqueuse des premières voies respiratoires ne soit une cause favorisante du tertiariisme et l'on a remarqué depuis longtemps la fréquence particulière des lésions nasales, gutturales, laryngées, d'ordre tertiaire chez les peuples du Nord.

Enfin, la cause la plus importante des manifestations tertiaires, quelles qu'elles soient, celle que Fourrier appelle « la grande cause du tertiariisme », est assurément l'absence ou l'insuffisance d'un traitement spécifique.

La périchondrite, par l'allure aiguë qu'elle donne souvent à des accidents laryngés jusqu'alors peu gênants est parfois la première manifestation d'une syphilis tertiaire dont les premières phases étaient oubliées ou étaient même passées inaperçues.

Elle se manifeste entre la cinquième et la quinzième année de la maladie, mais elle peut se montrer à partir de la deuxième année et on l'a observé jusqu'à la quarante-cinquième année. Elle peut apparaître comme manifestation de l'hérédo-syphilis. C'est alors, en général, entre 7 et 14 ans, parfois plus tard, qu'elle se manifeste. Nous en relatons une observation nouvelle.

(Obs. I). La périchondrite est plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; il faut sans doute cher-

cher la raison de ce fait dans le genre de vie différent, l'homme étant, en effet, plus sujet aux irritations locales (refroidissements, poussières, tabac, excès alcooliques, etc.).

Quelle place la périchondrite occupe-t-elle parmi les manifestations laryngées de la syphilis ? Il est impossible de juger dans l'évolution de la syphilis du larynx le moment où elle apparaît, le début de l'infection laryngée pouvant être rarement précisé avec exactitude. Par ailleurs, quelle est la cause directe de la complication ? Les observations ne nous renseignent guère à cet égard.

Relativement fréquente, il y a encore une vingtaine d'années, on ne la voit plus signaler que rarement aujourd'hui.

Sans doute, cette rareté relative est-elle explicable par un diagnostic hâtif de la spécificité et la mise en œuvre d'une thérapeutique plus active.

Nous avons déjà insisté au chapitre précédent sur l'apparition de la périchondrite le plus habituellement comme complication de la syphilis muqueuse dont elle n'est que l'extension dans la profondeur. Il semble cependant qu'exceptionnellement le tissu fibrocartilagineux puisse être frappé le premier, l'infection respectant la muqueuse.



CHAPITRE IV

Anatomie pathologique et Pathogénie

Il est utile, pour comprendre l'envahissement du périchondre au cours de la syphilis laryngée et les lésions du cartilage qui s'y associent, de rappeler brièvement certains détails particuliers concernant la structure du larynx et son mode de nutrition.

ARCHITECTURE DU LARYNX. — Si disparates qu'apparaissent les éléments constitutants du tube laryngé, il est commode pour la pratique, et cela est conforme du reste à l'anatomie, de l'envisager comme une formation homogène, issue du mésenchyme primitif, lequel a subi une évolution inégale suivant les segments considérés. Ici le tissu primitif n'a fait que se densifier pour prendre la constitution fibreuse : ce sont la membrane d'union des pièces cartilagineuses entre elles et les liens fibreux des articulations.

Ici l'évolution, poussée plus avant, aboutit à une différenciation des tissus qui franchissent l'étape

fibreuse pour devenir cartilagineux. Ce sont les cinq pièces qui constituent ce que l'on considère comme le squelette laryngé proprement dit. Entre les segments fibreux d'union et ces dernières, il n'y a donc pas de différence essentielle. Ce qui le montre au surplus, c'est, d'une part, la constitution fibreuse du cartilage, notamment du thyroïde sur ses bords donnant insertion aux membranes d'union thyroïdienne et cricoïdienne ; la constitution surtout fibreuse du « cartilage de Santorini » émanation des pointes aryténoïdiennes non parvenue à la différenciation cartilagineuse complète ; surtout, et ceci nous intéresse plus particulièrement, la persistance autour des lames cartilagineuses d'un surtout fibreux. Celui-ci n'est pas, en effet, une formation apparue secondairement sans relation de développement avec le cartilage qu'il entoure. Il est formé des éléments fibreux, restant de la transformation cartilagineuse, n'ayant pas poussé assez avant leur évolution, alors que les éléments plus profonds ont atteint le stade cartilagineux. Ces parties fibreuses, au sein desquelles les pièces cartilagineuses demeurent enchâssées constituent le périchondre.

En somme, le larynx est un tube fibreux continu dans la paroi duquel certains segments cartilagineux sont apparus. Et ce qui démontre l'intimité des rapports des pièces cartilagineuses et du tissu fibreux enveloppant, provenant d'une même origine, c'est que la limite entre le tissu fibreux et le cartilage est imprécise, non seulement vers les bords, comme nous le notions tout à l'heure, mais encore au niveau des faces. Là, entre le périchondre et la substance chon-

drale, il n'est pas de limite précise, pas de clivage facile, les éléments fibreux pénétrant le cartilage, celui-ci n'étant, encore une fois, si l'on peut dire, que du périchondre chondrifié. Tels sont les rapports qui existent entre la face profonde du périchondre et le cartilage.

Sur son autre face, le périchondre, si on le considère à l'extérieur de l'enceinte laryngée, est lisse, relié toutefois au tissu cellulaire d'alentour par de petits tractus d'union lâches. En effet, les mouvements que l'organe effectue fréquemment dans le cou au sein de l'espace conjonctif qui l'entoure font que le clivage est ici facile.

Vers l'endolarynx, les rapports avec la muqueuse sont plus étroits. Si, en certains points, la muqueuse s'isole du plan fibreux sous-jacent, en d'autres (face postérieure de l'épiglotte, portion libre des cordes vocales), elle adhère d'une façon intime au cartilage sur lequel elle repose.

NUTRITION DU LARYNX. — Les artères nourricières nous intéressent seules, et encore il n'est pas question ici de leur origine, non plus que de leur grosse distribution. Il importe seulement que nous constatons que les artères laryngées se résolvent en un réseau capillaire étendu dans les plans superficiels de la muqueuse. Ainsi s'explique l'apparition du processus syphilitique en surface, loin du périchondre qui demeurera habituellement intact. Quelques rares vaisseaux se dirigent vers ce dernier, lui assurant, comme à tous les tissus fibreux, une artérialisation peu riche qui

doit pourvoir à sa propre nutrition et aussi à celle du cartilage dans la région où le tissu fibreux du péri-chondre enserre ces derniers. Ils ne renferment, en effet, aucun vaisseau. Leur nutrition se fait, suivant l'expression admise, par imbibition, imbibition par le plasma issu des vaisseaux péri-chondraux. Que le péri-chondre s'enflamme, disparaisse, la nutrition du cartilage est compromise ; et c'est là toute l'importance et toute la gravité de la péri-chondrite dont nous pouvons, à présent, apprécier les lésions anatomo-pathologiques.

MODE D'ENVAHISSEMENT DU PÉRICHONDRE. — Il existe une péri-chondrite interne, la plus fréquente ; et une péri-chondrite externe. Celle-ci est le plus souvent une péri-chondrite mixte, si l'on peut dire, à la fois externe et interne. En effet, elle résulte de l'atteinte première du péri-chondre interne au contact de la muqueuse primitivement syphilitique. Au travers de la cuirasse laryngée altérée les lésions se propagent ensuite du péri-chondre interne à l'extérieur. Tout ceci suppose la localisation primitive de la syphilis à la muqueuse. La plupart des auteurs admettent toutefois, bien qu'exceptionnellement, la localisation primitive possible au péri-chondre et cette atteinte primitive expliquerait ainsi qu'il puisse y avoir péri-chondrite externe sans atteinte de l'endolarynx. C'est le cas d'un homme de 37 ans, dont l'observation est rapportée par Gemmes et Griffon, mort de suffocation et à l'autopsie duquel on trouva dans le châton cricoïdien un foyer de matière caséuse avec séquestres, le tout re-

couvert par la muqueuse absolument saine. Lance-reaux, Lewin ont montré également que la syphilis peut agir directement et primitivement sur le péri-chondre.

Nous avons dit tout à l'heure que, dans la distribution artérielle de la muqueuse, certains rameaux se dirigeaient, non vers le plan superficiel, mais vers le péri-chondre profond. On conçoit, dès lors, que la syphilis puisse suivre ces rameaux péri-chondraux et se localiser exceptionnellement au contact du cartilage. On connaît par ailleurs, d'un point de vue général, l'affinité du spirochète pour le tissu fibreux.

LÉSIONS DU CARTILAGE. — Ce sont les plus importantes à considérer. Elles portent le plus souvent sur le cartilage aryténoïde et plus rarement sur les autres pièces cartilagineuses du larynx. L'altération du cartilage s'effectue suivant deux modes : ou bien, on peut voir l'ulcération fibro-muqueuse poursuivre son évolution en profondeur et entamer la substance chondrale ; plus souvent, l'altération du cartilage est indirecte et résulte de l'altération du péri-chondre, véritable membrane nourricière, avons-nous vu. Mais les lésions cartilagineuses sont bien différentes suivant l'activité du processus syphilitique, surtout suivant la virulence que sont susceptibles de conférer à celui-ci les germes d'association microbiens.

Dans un premier cas, et nous citerons comme type de notre description le malade de l'observation II, l'infection purement spécifique, en tous cas peu modifiée dans son allure par des associations microbien-

nes entraîne des modifications profondes du cartilage : l'infiltration de leur substance par des sels de chaux. Le premier résultat, a dit Mauriac dans son traité de la syphilis laryngé, de l'atteinte du cartilage est l'apparition de sels calcaires. Il parle même de « syphilome conjunctivo-calcaire ». Ces amas calcaires se percevaient chez notre sujet au doigt, et la radiographie les mettait en évidence. Mais il faut préciser ce mode d'altération de la substance cartilagineuse. Il ne s'agit pas là, en effet, d'une transformation calcaire, mais bien d'une véritable ossification (Prenant). Si l'on veut bien se rapporter à ce que nous avons dit au début de ce chapitre du mode de formation du tube fibro-cartilagineux laryngé, de l'acheminement du tissu mésenchymateux primitif ici vers la constitution fibreuse, là vers le cartilage, nous dirons à présent que cette évolution se poursuit peu à peu vers le stade ultime osseux de l'évolution du squelette et cela normalement. Le larynx du vieillard est en grande partie ossifié ; pathologiquement, nous voyons seulement cette ossification progressive se précipiter. Comme dans l'ossification normale, c'est la pénétration vasculaire dans le cartilage qui assure la résorption des capsules du cartilage et la transformation des cellules incluses en ostéoblastes. L'os ainsi formé est évidemment anormal, enflammé, fragile, voué à l'infection progressive, à la nécrose.

Celle-ci n'est cependant pas inévitable et le seul résultat de la périchondrite peut n'être que l'apparition du tissu osseux dans l'épaisseur du cartilage. Et, non seulement le cartilage se modifie, mais le péri-chondre lui-même et les membranes d'union peuvent

subir à un degré moindre cette évolution pouvant aboutir à l'envahissement et à l'ankylose complète des articulations (Obs. I). Le plus souvent, le squelette laryngé subit des modifications plus profondes, surtout quand, à la syphilis viennent joindre leur virulence les germes d'association secondaire dont l'intervention est habituelle. Les lésions du périchondre deviennent plus actives.

Il peut s'ulcérer largement et disparaître sur une large surface, ou bien la suppuration le décolle de la lame cartilagineuse, détruisant les trousseaux fibreux amarrant solidement, à l'état normal, l'enveloppe conjonctive au cartilage. Privé ainsi d'apport nutritif sur une suffisante étendue, ce dernier, déjà modifié dans sa structure, ainsi que nous l'avons dit, se nécrose et tend à s'éliminer. Tantôt la nécrose s'opère peu à peu ; le cartilage s'érode, s'amincit et une perte de substance se manifeste. Le périchondre externe réagit à son tour menaçant les tissus pré-laryngés. Parfois, la perforation au niveau du cartilage crée une fistule aéro-digestive ; ou bien il s'agira d'une nécrose massive. Toute une aile thyroïdienne pourra ainsi se nécroser et se libérer, constituant un vaste séquestre alimentant l'infection.

Le segment libéré peut même se mobiliser, tomber dans la glotte (Obs. X) ou plus heureusement être rejeté en fragments à l'extérieur. L'aryténoïde a pu être luxé (Obs. XIII). Du côté de l'épiglotte, frappé rarement par la périchondrite, on peut la voir détruite irrégulièrement ou disparaître entièrement.

Quand la syphilis déborde le larynx (syphilis la-

ryngo-trachéale), les lésions de périchondrite sont susceptibles de s'étendre à la trachée. Tardivement, une fois la guérison des lésions obtenue, la consolidation de celles-ci ne va pas sans cicatrices. Les cartilages altérés sont déformés. Là où il a éliminé une partie de sa substance, le cartilage est remplacé par un tissu cicatriciel doué de propriétés rétractiles redoutables en pareille région.

Il en résulte des déviations ; des sténoses.

LÉSIONS DE LA MUQUEUSE. — Nous insisterons peu ; ce sont celles, en effet, de la syphilis laryngée. Précisons seulement qu'il s'agit d'ulcérations dont les caractères typiques se trouvent le plus souvent modifiés par les infections secondaires ; ulcérations larges et profondes, suppurantes, dont le fond peut laisser apercevoir la blancheur du cartilage nécrosé sous-jacent. L'œdème de la muqueuse au voisinage est toujours accusé dans la périchondrite. Il persiste longtemps, même après la guérison apparente de la complication.

LÉSIONS PÉRI-LARYNGÉES. — On les trouve dans l'espace cellulaire péri et latéro-laryngé, au niveau des ganglions, des muscles, des nerfs.

Le tissu conjonctif du cou ne participe à la complication que dans la variété externe de la périchondrite. Encore celle-ci peut-elle exister sans atteinte du tissu cartilagineux de voisinage. Dans ce cas, le périchondre réagit, donc s'épaissit, mais demeure une barrière infranchissable à l'infection. D'autres

fois, cette barrière est insuffisante et l'espace conjonctif s'inocule à deux degrés très différents : ou bien il s'agit d'une propagation massive de l'infection, pour laquelle, malgré les attestations de Mauriac, il est difficile de ne pas faire jouer un rôle aux germes secondaires. Le résultat, c'est un véritable « phlegmon laryngé » (Obs. VII), dont le pus s'étale le plus souvent le long d'une aile thyroïdienne, s'étendant peu à peu vers le bas, phlegmon toujours circonscrit, toutefois, à la région paramédiane du cou. Ou bien, la propagation se fait plus insidieuse et porte mieux la marque extensive de la syphilis (Obs. I). Il s'agit, cette fois, d'une sclérose de l'espace conjonctif, qui, perdant sa texture lâche, constitue au larynx une gangue fibreuse, dans laquelle il se meut plus difficilement. Les ganglions peuvent se tuméfier. Dans le cas de phlegmon laryngien, il s'agit nettement d'adénites inflammatoires. Mais on peut aussi observer des adénites tertiaires et elles s'observent, du reste, même alors que la syphilis laryngée ne s'est pas compliquée de périchondrite. Malgré l'affirmation de Lancereaux, elles sont toutefois exceptionnelles. Dans l'Observation I, étant donné le jeune âge où les accidents sont apparus, l'adénopathie carotidienne semble pouvoir être rattachée à la scrofule, si volontiers, à cet âge, associée à la spécificité.

Les muscles offrent un terrain favorable à la syphilis ; et non seulement les muscles internes du larynx peuvent être touchés (Obs. I), mais les muscles péri-laryngés participent aussi à la sclérose du tissu con-

jonctif. La myosite scléreuse rétractile, s'étendant même à la région sous-hyoïdienne, il en résultait une gêne marquée de l'extension du cou.

On connaît la fréquence de la paralysie récurrentielle dans la syphilis en général. On conçoit qu'elle s'observe dans la syphilis laryngée, soit que le nerf soit frappé directement (névrite récurrentielle), soit que la paralysie résulte de compressions ganglionnaires. Toutefois, l'aspect asymétrique de la glotte ne doit pas d'emblée faire porter le diagnostic de lésion du nerf. L'aryténoïde, avons-nous vu, est un siège fréquent de la périchondrite et l'arthrite ou l'ankylose crico-aryténoïdienne sont plutôt à envisager. Elles donnent à la glotte le même aspect que la paralysie.

Faisons remarquer, en terminant, qu'à la syphilis laryngée compliquée peuvent s'adjoindre d'autres lésions évolutives de la face et du cou : rhinite, gommes vélo et palato-pharyngées surtout.

CHAPITRE V

Symptômes

C'est habituellement d'une façon brusque, au cours de l'évolution insidieuse d'une laryngite chronique, que surviennent les accidents, presque toujours graves de la périchondrite. Jusqu'alors, bien souvent, l'attention n'avait été que peu attirée sur les lésions laryngées et leur nature syphilitique était restée dans l'ombre. Une voix enrouée, quelques picotements à la gorge, un peu de dysphagie : c'était là, depuis longtemps, la seule gêne ressentie. L'installation de la périchondrite se révèle cliniquement par l'exacerbation plus ou moins brusque de ces symptômes et l'apparition d'un signe qui a pu jusqu'ici faire défaut : la DYSPNÉE. Celle-ci est un des éléments les plus importants de la symptomatologie. Elle peut traduire des lésions laryngées diverses et être due soit à l'œdème, soit à l'immobilisation des cordes vocales, à la formation d'un abcès, ou encore à l'oblitération de la glotte par un cartilage nécrosé, ou enfin à

l'affaissement des parois cartilagineuses du larynx. Très variée dans ses modalités d'apparition, la dyspnée peut éclater brusquement, sans qu'aucun indice précurseur ait pu en faire prévoir l'apparition (Obs. IV). Le malade convulse tous ses muscles respiratoires ; sa respiration est bruyante ; il existe du tirage sus-sternal et épigastrique ; le larynx suit dans ses incursions les mouvements respiratoires précipités. La mort survient, si une trachéotomie d'urgence n'est pas pratiquée.

D'autres fois, au contraire, c'est d'une façon lente et progressive que la gêne respiratoire, d'abord légère, aboutit à l'état grave que nous venons de décrire ; parfois, plus discrète encore, comme dans l'Observation II, c'est seulement dans l'effort qu'elle se manifeste. Ces troubles respiratoires sont, en général, quelle que soit leur modalité, assez marqués pour impressionner l'observateur et lui faire étudier de plus près l'état du larynx qui, jusque-là, n'avait que peu éveillé l'attention.

A côté du trouble de la fonction respiratoire, la voix apparaît compromise. Celle-ci, depuis longtemps, était troublée. Ce n'était qu'un peu d'enrouement ; la DYSPHONIE devient à présent plus intense : voix rauque, éteinte, parfois aphonie complète.

La TOUX, symptôme banal de toute affection laryngée, se rencontre dans l'affection qui nous occupe. Un accès de toux a pu provoquer l'ouverture d'un abcès sous-muqueux ou l'élimination d'un séquestre (Obs. X).

L'EXPECTORATION qui, au cours de la laryngite, était moins abondante, augmente et revêt un caractère de

suppuration franche très particulier. Parfois, et l'on conçoit l'importance de telles constatations, mêlés au pus, se rencontrent dans les crachats des DÉBRIS CARTILAGINEUX. Cette expectoration purulente exprime l'ouverture intra-laryngée des abcès sous-périchondraux. L'intervention habituelle des germes anaérobies se révèle par la fétidité de l'haleine.

Cette expectoration peut entraîner une telle déperdition liquide qu'il en résulte une sorte de phthisie laryngée capable d'en imposer pour la tuberculose.

La DYSPHAGIE est un symptôme signalé souvent dans les observations et qu'explique la localisation fréquente de la périchondrite aux aryténoïdes.

L'examen direct du larynx donne les renseignements cliniques suivants :

Extérieurement, tout d'abord, l'état du tube laryngé est très différent, suivant qu'il s'agit de la variété interne ou externe de la périchondrite.

La DOULEUR A LA PRESSION est le seul signe perçu dans la périchondrite interne, douleur provoquée en pinçant entre deux doigts la masse laryngée de part et d'autre de la ligne médiane ou manifestée avec plus de précision à la pression, avec un doigt, de telle ou telle zone cartilagineuse.

Dans la périchondrite externe, l'extériorisation du processus inflammatoire s'apprécie à l'œil et à la main surtout. La région laryngée apparaît tuméfiée, empâtée ; ses reliefs normaux sont effacés. Parfois, l'existence d'une adénopathie concourt à augmenter la tuméfaction cervicale. Bientôt, celle-ci se fait plus précise sur une des faces du larynx. La coloration

de la peau se modifie, prend nettement l'aspect phlegmoneux. Il existe de la fièvre. Tel est l'aspect du phlegmon laryngé. Il s'en faut que la périchondrite externe aboutisse toujours au phlegmon. La réaction du périchondre externe peut être discrète : simple soulèvement très limité que seul le doigt perçoit, sans aucune réaction du tissu cartilagineux au pourtour, qui pourra n'être qu'une découverte opératoire fortuite, ou bien (Obs. I), sclérose périlaryngée aboutissant à l'immobilisation relative de l'organe. L'ossification laryngée peut alors être perceptible à la palpation ; les membranes sus et sous-thyroïdiennes sont durcies ; les cartilages ont la consistance de ceux du vieillard ; suivi à partir de l'hyoïde, le tube fibro-cartilagineux n'est plus qu'un tube rigide, uniforme, où ne se reconnaissent plus aucun des repères médians du cou. La radiographie vient confirmer l'existence, au sein du cartilage, d'amas osseux (Obs. I).

L'examen laryngoscopique révèle, à peu près dans tous les cas, l'ŒDÈME SUS-GLOTTIQUE, œdème persistant qui, de longtemps, privera l'observateur de toute constatation plus précise. Une fois les phénomènes aigus conjurés ou à demi atténués, il pourra laisser apercevoir l'infiltration, l'ulcération des cordes ou la localisation des lésions à la zone aryténoïdienne, de préférence à l'aryténoïde gauche. L'épiglotte, si volontiers frappé par la syphilis, semble être rarement le point de départ de la périchondrite. La glotte offre souvent un aspect asymétrique, qu'elle doit rarement à une paralysie récurrentielle, bien plus souvent au défaut de mouvement de l'un des aryténoïdes. Ceux-

ci, en effet, comme nous l'avons déjà dit, sont lésés inégalement ; l'arthrite et, plus tard, l'ankylose crico-aryténoïdienne, rendent compte de la forme de la glotte et des troubles respiratoires qui peuvent persister définitivement. Les ulcérations, quand on peut les apercevoir, ne revêtent plus l'aspect typique de lésions ulcéreuses tertiaires ; larges et profondes, grisâtres, elles suppurent abondamment et parfois certains observateurs ont pu apercevoir le fond cartilagineux nécrotique.

Quelle est l'évolution de l'affection ? Le plus souvent, si un traitement actif n'est pas mis en œuvre, l'aggravation est rapide, et l'une ou l'autre des complications que nous allons citer est, on peut dire, inévitable.

CHAPITRE VI

Complications et Diagnostic

Complications

L'œdème, par sa fréquence, mérite d'être plutôt noté comme symptôme de la périchondrite ; cependant, par son extension brusque, il peut entraîner, au cours de l'évolution, des troubles respiratoires immédiatement menaçants. Ceux-ci peuvent être le fait aussi de la mobilisation d'un séquestre obturant l'orifice glottique (Obs. X), ou encore de la luxation d'un cartilage aryténoïde venant brusquement fermer la glotte (Obs. XIII). L'élimination au dehors par accès de toux de fragments cartilagineux est, en regard des complications précédentes, un événement plutôt favorable, au moins immédiatement. L'amélioration des troubles respiratoires et la diminution de l'expectoration peuvent s'en suivre. Une fistule externe a pu persister longtemps après l'ouverture du foyer de périchondrite externe ou l'incision du phlegmon. Il est plus grave de voir l'abcès périchondral s'ouvrir

en arrière et aboutir à une fistule aéro-digestive. C'est le cas, cité par Tissier, d'une malade du service du Docteur Gougenheim, à l'hôpital Bichat.

« Il s'agissait d'une femme qui avait contracté la syphilis quelques années avant. Elle se plaignait d'une gêne considérable de la respiration, qui disparut promptement. L'examen laryngoscopique avait montré une tuméfaction de la partie postérieure de la région sous-glottique. Bientôt, la malade présenta de nouveaux symptômes assez particuliers. Les liquides, à peine déglutis, provoquaient de violentes quintes de toux et étaient rejetés.

Elle succomba, malgré le traitement spécifique, avec des signes de broncho-pneumonie bilatérale causée par la pénétration des aliments et des matières vomies dans les voies aériennes. A l'autopsie, on trouva une large ouverture faisant communiquer la trachée et l'œsophage. »

A côté de ces complications locales, il nous faut mentionner la broncho-pneumonie pouvant résulter de l'infection descendante venue du foyer suppuré, endolaryngé (Obs. XIII). Enfin, tardivement, nous y avons déjà insisté, l'ankylose crico-aryténoïdienne, les sténoses laryngées, constituent des états graves définitifs.

Diagnostic

Poser le diagnostic de périchondrite laryngée syphilitique est souvent malaisé. Cependant, des observations que nous reproduisons émergent un certain

nombre de signes qui pourront nous être de quelque utilité et que nous allons rassembler pour leur donner toute leur valeur.

DIAGNOSTIC POSITIF. — Les troubles qui marquent l'apparition de la périchondrite ne sont avant tout que ceux de la syphilis laryngée exagérés. Il faudra la soupçonner : quand la gêne respiratoire, absente ou discrète jusque-là, se fait plus marquée, menaçant parfois brusquement l'existence ; quand le sujet éprouve de la dysphagie, elle aussi souvent inexistante ou peu marquée jusqu'alors ; quand l'expectoration devient plus abondante et prend le caractère de suppuration franche ; quand le larynx est douloureux à la pression. Mais tous ces signes n'ont rien de caractéristique. Ce ne sont que des signes de probabilité. Par contre, mais ils sont souvent tardifs, le rejet de fragments nécrotiques de cartilage, l'enclavement d'un de ces derniers obstruant la glotte et constaté au cours de la trachéotomie, l'apparition d'une tuméfaction laryngée externe, sont des signes de certitude qui permettent d'affirmer la complication.

Le diagnostic de la nature spécifique s'établira par l'interrogatoire et l'examen général.

Il se pourra que l'accident primitif ait passé inaperçu ; mais, à la période où nous examinerons le malade, il aura déjà, en général, présenté des manifestations qui auront fait la preuve de sa vérole : céphalées persistantes vespérales ou nocturnes, éruptions cutanées, alopecie chez la femme, fausses cou-

ches, devront faire songer sérieusement à la nature spécifique de l'affection.

L'association à la lésion laryngée d'autres manifestations syphilitiques sera précieuse à constater.

La réaction de Wassermann sera provoquée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — La périchondrite laryngée syphilitique n'étant point une affection qui s'impose, il s'en suit qu'elle pourra être confondue et devra être différenciée de certains autres états pathologiques du larynx.

De ce que nous avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique, il découle qu'une inflammation quelconque de la muqueuse, un peu prolongée, peut, par voie d'extension progressive, atteindre le périchondre et entraîner des lésions cartilagineuses graves. On comprend dès lors qu'une infection, même banale, puisse conduire à la périchondrite.

Cependant, la lente évolution doit être retenue en faveur de la syphilis, alors qu'une évolution plus rapide devra nous faire soupçonner une cause tout autre.

Au reste, les infections aiguës, telles que la grippe, la fièvre typhoïde, etc..., qui sont susceptibles le plus souvent de créer des lésions du cartilage laryngé, ont des caractères propres qui imposent le diagnostic. Nous ne pouvons passer en revue toutes les causes qui, comme la périchondrite, sont capables d'entraîner des troubles respiratoires. Il nous faudrait signaler notamment toutes les causes de l'œdème laryngé. Il est évident que l'erreur de diagnostic sera le fait

d'un défaut d'observation de l'affection générale ou locale en cause. Le plus souvent, au reste, et sans attendre un diagnostic précis, on parera au plus tôt à l'asphyxie menaçante réservant à plus tard une étude diagnostique approfondie.

On a pu confondre avec l'asphyxie par corps étranger celle résultant de la mobilisation dans la glotte d'un fragment de cartilage. L'intervention a montré la méprise.

L'expectoration abondante de pus et la cachexie qui peut en résulter sont susceptibles d'en imposer pour une laryngite tuberculeuse. L'examen thoracique, l'examen bactériologique des crachats lèveront le doute. L'examen laryngoscopique, si l'œdème le permet, donnera aussi des renseignements différentiels. Il pourra être plus délicat de reconnaître le cancer. On se basera sur l'âge, mais la périchondrite est aussi une affection des gens déjà âgés ; sur le sexe, le cancer est pratiquement inconnu chez la femme ; l'aspect parfois végétant des lésions ; mieux, sur l'adénopathie et les douleurs.

Un traitement spécifique prudent pourra aussi servir de traitement d'épreuve.

CHAPITRE VII

Pronostic et Traitement

Ce qui précède montre assez que la périchondrite syphilitique est une affection grave, grave au cours de son évolution par le danger que crée le trouble respiratoire susceptible par son intensité de compromettre la vie en quelques moments ; grave tardivement, après guérison des accidents aigus, car, dans l'hypothèse la plus favorable, une lésion profonde et étendue du cartilage ne saurait disparaître sans laisser après elle une diminution du calibre du tube respiratoire. Un traitement actif s'impose donc :

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — C'est celui de la syphilis causale et il sera d'autant plus efficace qu'il interviendra plus tôt ; nous voulons dire qu'il y a un traitement prophylactique de la syphilis laryngée et de la périchondrite. Il consiste, dès l'accident primitif reconnu, à mettre en œuvre, et de façon persévérante et pendant plusieurs années, les moyens

remarquables dont dispose aujourd'hui la syphilothérapie. C'est encore ces derniers qu'il faudra plus activement utiliser dans la syphilis laryngée non encore compliquée. Plus tard, une fois la complication apparue, le traitement spécifique reste encore un temps indispensable ; mercure, arsénicaux, sels de bismuth, iodure de potassium seront employés par voie veineuse. Nous n'avons pas ici à insister sur le détail de la médication. Une remarque s'impose cependant en ce qui a trait à l'utilisation de l'iodure de potassium, remède précieux du tertiarisme. On connaît ses propriétés sécrétoires, œdématogènes. Que l'on prenne garde, dans la périchondrite, qu'il ne vienne compléter un œdème déjà installé. Il vaudra mieux s'abstenir de l'iodure de potassium à la phase active de la complication et ne l'instituer que tardivement, une fois l'œdème disparu.

TRAITEMENT LOCAL. — Le traitement spécifique général, suffisant au cours de la syphilis laryngée simple, demandera souvent à être complété par une action locale dans la périchondrite confirmée. Nous n'insistons pas sur l'hygiène laryngée, l'abstention d'effort vocal, l'interdiction du tabac, des liquides et aliments irritants. Une thérapeutique plus intense sera parfois nécessaire, thérapeutique variable suivant les circonstances, thérapeutique le plus souvent commandée par des accidents respiratoires prédominants.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — En présence d'un malade qui présentera des signes d'asphyxie menaçante,

deux interventions sont possibles. Si l'œdème laryngé n'est point trop marqué et si le calibre laryngo-trachéal est encore suffisant pour permettre l'introduction d'une canule d'O'Dwyer, le tubage sera pratiqué. Dans certains cas de dislocation de la charpente laryngée, la canule introduite offre l'avantage de soutenir la charpente de l'organe.

Mais, en présence d'une asphyxie imminente et d'un œdème considérable, il sera bon de donner la préférence à la trachéotomie.

Parfois, comme dans l'Observation XII, l'opérateur ouvrira au passage une collection périchondrale externe.

La trachéotomie lui permettra d'autres fois d'extirper le fragment de cartilage dont la présence entretenait le trouble respiratoire.

Quand l'infection est externe, la thérapeutique sera variable, suivant le degré d'extériorisation des lésions. S'il s'agit d'une réaction limitée du périchondre, se traduisant par une tuméfaction douloureuse précise, le traitement spécifique suffira, aidé localement de la révulsion, de la galvano-cautérisation. Mais, dès que la tuméfaction marquera quelque tendance à la diffusion, l'incision large en sera pratiquée jusqu'au périchondre. A plus forte raison en sera-t-il ainsi dans le phlegmon laryngé.

TRAITEMENT DES SÉQUELLES. — Tardivement, en présence d'une sténose consécutive à la périchondrite, une thérapeutique patiente peut donner d'heureuses améliorations, voire de véritables guérisons. Ce n'est

pas ici le lieu de décrire en détail cette thérapeutique, encore qu'elle trouve ses principales applications dans les séquelles de périchondrite.

Au traitement par les méthodes de dilatation interne progressive par tubes en caoutchouc et catéthers métalliques, beaucoup de laryngologistes ont substitué la dilatation progressive *in situ* de la sténose, après laryngo-fissure ; la résection du tissu cicatriciel, méthode dont Sargnon s'est fait en France le protagoniste. Rochet et Garel, Jaboulay et Garel ont utilisé cette méthode dans la syphilis laryngée. Les insuccès sont nombreux, les récidives fréquentes. Aussi, certains n'ont-ils pas hésité à pratiquer la laryngectomie. Hahn guérit ainsi un malade en 1888 ; Krause perdit son opéré. C'est là une bien grosse intervention. La laryngostomie est préférable ; mais la dilatation doit être poursuivie longtemps et exige une grande patience de l'opérateur et du malade.

La disparition du cartilage, parfois, sur une certaine étendue, a été compensée par Yvanow par du cartilage de la cloison nasale ; Mongold utilise du cartilage costal. Chez le malade d'Yvanow, ancien périchondritique, la respiration fut très améliorée. Signalons aussi l'intervention toute autre d'Yvanow, à laquelle eurent recours aussi avec succès Sargnon et Toubert, consistant dans la résection d'un aryténoïde pour remédier à la sténose.

CONCLUSIONS

I. — La périchondrite laryngée syphilitique est une affection devenue rare aujourd'hui, grâce au diagnostic plus précoce et à une thérapeutique plus efficace de la syphilis.

Elle apparaît le plus souvent dans le cours d'une syphilis laryngée tertiaire, marquant l'extension dans la profondeur de la syphilis muqueuse. Certains faits conduisent à affirmer l'existence d'une périchondrite primitive exceptionnelle.

II. — Une véritable ossification est l'expression anatomique première de l'envahissement du cartilage. La nécrose, l'élimination des séquestres, les déformations et sténoses consécutives marquent ensuite l'extension progressive des lésions.

III. — Cliniquement, la périchondrite s'exprime par l'exacerbation des signes de la lésion laryngée en évolution. Une dyspnée, pouvant, par sa brusquerie et son intensité, mettre immédiatement la vie en danger, une expectoration purulente abondante, avec élimination parfois de débris cartilagineux, sont surtout à relever.

IV. — Le pronostic est grave immédiatement et pour l'avenir (sténoses cicatricielles). Le traitement général de la syphilis et une action locale variant suivant les cas doivent être mis en œuvre précocement.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, LANNOIS.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 Mai 1926

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHIPOFF. — Périchondrite primitive des cartilages du larynx (*Archivés intern. de laryngologie*, 1903).
- ARIAS. — Chondrite et périchondrite laryngée (*Archives intern. de laryngologie*, 1903).
- AYGUEBÈRE. — Périchondrite laryngée syphilitique (*Thèse de Toulouse*, 1909).
- BALL. — Syphilis laryngée (*Archives intern. de laryngologie*, 1907).
- BAUBY ET LAVAL. — Obstruction des voies respiratoires par un séquestre du cricoïde d'origine syphilitique (*Toulouse Médical*, 15 septembre 1908).
- BERTEIN ET TARDIU. — Les périlaryngites syphilitiques. (*L'O. R. L. international*, 1926).
- BONNIN. — Traité de l'intubation chez l'enfant et l'adulte.
- CATHCART. — Syphilis tertiaire laryngée (*Annales des maladies d'oreilles*, 1907).
- CAOTEX. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles, 1907.
- CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — *Traité de Médecine*.
- CHARFFARD ET VIOLET. — Syphilis laryngée (*Gazette des Hôpitaux*, juin 1904).
- CORNIL ET RANVIER. — *Manuel d'histologie pathologique*.
- DELIE. — Syphilis tertiaire tardive (*Revue mensuelle de laryngologie*, 1^{er} juin 1885).
- DUPONT. — Sur la syphilis laryngée (*Thèse de Paris*, 1882).
- FRAENKEL. — Sur la périchondrite laryngée (*Société de Médecine de la Charité de Berlin*, 1888).
- FICANO. — Un cas singulier de syphilis laryngée congénitale, *Paris*, 1889.
- FOURNIER. — *Traité sur la syphilis*, 1906.

- GAREL. — Périchondrite syphilitique (*Annales des maladies d'oreilles*, 1888, n° 6).
- GENNES ET GRIFFON. — Syphilis tertiaire laryngée (*Société Anat. Paris*, 13 novembre 1896).
- GIRAudeau. — Laryngite syphilitique tertiaire (*Annales des maladies d'oreilles*, mai 1882).
- GOUGENHEIM. — Rétrécissement cicatriciel du larynx d'origine syphilitique (*Annales des maladies d'oreilles*, juin 1899).
- GRUNWALD. — *Manuel des maladies du larynx*.
- HASLUND. — Périchondrite et myosite gommeuse (*Archives intern. de laryngologie*, 1905).
- HEYNINX. — Un cas grave de chondro-périchondrite syphilitique tertiaire compliqué d'un phlegmon profond du cou (*Annales des maladies d'oreilles*, 1922).
- JOURDANET. — De la dysphagie douloureuse prolongée dans la syphilis de l'arrière-gorge à ses trois périodes (*Thèse de Lyon*, 1898).
- LANCEREAUX. — *Traité sur la syphilis*.
- LENNOX-BROWNE. — *Traité des maladies du larynx*, Londres, 1891).
- LERMOYEZ. — Syphilome sous-glottique (*Annales des maladies d'oreilles*, 1904, n° 1).
- LUC. — Sténose laryngée aiguë d'origine syphilitique (*Archives de laryngologie*, 1891, n° 2).
- MACKENZIE. — *Traité des maladies du larynx*.
- MAURIAC. — Syphilis tertiaire laryngée (*Archives générales de médecine*, février, mai 1888).
- MENDEL. — Laryngite syphilitique tertiaire (*Bulletin de la Société française de dermatologie*, mai 1894, mars 1895).
- MOURE. — De la syphilis et de la phtisie laryngée au point de vue du diagnostic (*Thèse de Paris*, 1879).
- MOURE. — *Leçon sur les maladies du larynx*, 1890).
- MOURE. — *Traité des maladies du pharynx et du larynx*, 1904.
- PAWLOWSKY. — Périchondrite syphilitique (*Troudy of Roussk, Saint-Petersbourg*, 1882).
- PONTHIÈRE (DE). — Chondrite et périchondrite crico-aryténoïdienne (*Archives intern. de laryngologie*, 1905).

PRENANT. — *Traité d'histologie pratique.*

REVOL. — Syphilis tertiaire du larynx (*Thèse de Lyon*, 1905).

RICHARD. — Syphilome diffus périlaryngé et laryngé à forme
de phlegmon périlaryngé (*Annales des maladies
d'oreilles*, 1923).

SARGNON. — Tubage et trachéotomie en dehors du croup
(*Thèse de Lyon*, 1899).

SARGNON ET BARLATIER. — Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales, 1910.

TESTUT. — *Traité d'anatomie descriptive.*

TESTUT ET JACOB. — *Traité d'anatomie topographique.*

TEXIER. — Larynx et Trachée (*Traité pratique d'oto-rhinolaryngologie*, chapitre XXI).

TISSIER. — Syphilis tertiaire du larynx (*Annales des maladies d'oreilles*, février 1889).

YVANOW. — La laryngostomie dans les périchondrites du larynx (*Congrès russe d'O. R. L.*, Saint-Petersbourg, 28-30 décembre 1909).

TABLE DES MATIERES

Chapitre Premier. — Introduction et Historique ..	9
Chapitre II. — Observations	13
Chapitre III. — Etiologie	29
Chapitre IV. — Anatomie pathologique et patho- génie	33
Chapitre V. — Symptômes	43
Chapitre VI. — Complications et Diagnostic	49
Chapitre VII. — Pronostic et Traitement	55
Conclusions	59
Bibliographie	61
